



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1938, 15(6): 968-977

ISSUE DATE:

1938-11-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204979>

RIGHT:

臨 床 瑣 談

左側頸部海綿様血管腫ノ1例

則 武 光 夫 (京都外科集談會昭和13年9月例會所演)

患 者: 17歳, 女 (昭和13年17/V入院)

主 訴: 左頸部ノ小ナル瀰漫性腫脹

現病歴: 昭和13年6月初旬偶然左側頸部ニ小サキ瀰漫性腫脹ノアルニ氣附イタ。

極ク輕度ノ自發性疼痛アリ。指壓ニヨツテモ亦タ疼痛アリ。横臥位ヲ取ル場合, 入浴後, 或ハ怒責スル時腫瘍ハ其ノ大キサヲ増シ, 安靜時乃至坐位ニアレバ縮小スル。最近特ニ大キサヲ増シタトハ思ハナイ。又嚥下困難, 呼吸障礙乃至音聲嘶啞ヲ伴ハズ, 他ニ何等病の自覺ハナイ。

現 症: 體格中等, 骨骼尋常, 榮養佳良ニシテ一般所見ハ健常デアル。

局處所見: 左側頸部ノ上部三角ニ孤在性ノ略々橢圓形, 瀰漫性ナル平タキ腫脹ガアル。境界ハ不鮮明ニシテ漸次周圍健康部ニ移行スルガ, 大略後方ハ胸鎖乳頭筋ノ内緣, 前方ハ中心線ヨリ半横指左, 上方ハ中狀軟骨ノ1横指下, 下方ハ鎖骨ノ上約1横指デアル。覆蓋皮膚ニハ腫瘍ノ前下方ニ一部稍々青色調ヲ透見シ得ル部アルヲ認ムル他ニハ, 靜脈乃至毛細血管ノ擴張, 發赤, 色素沈着, 搏動性運動等ヲ認メズ。

觸診上局處ニハ熱感ナク, 皮膚ハ腫瘍ト容易ニ移動スル。腫瘍ハ略2錢銅貨大ニシテ弾力性軟, 表面平滑ニシテ著明ナル凹凸ヲ認メズ。左右ニ容易ニ移動スルガ上下ノ移動ハ稍々制限サル。背臥位ニテ頸部ヲ舉上セシメルニ, 腫瘍ハ其ノ形態及ビ大キサヲ變ゼズ。此ノ際左右ノ移動性モ少シク制限セラレル。僅カニ壓痛アリ。指壓ニヨリ壓痕ヲ胎サズ, 壓縮性ニ富ミ容易ニ辛ウジテ見ユル程度ニ迄縮小スル。此ノ際其ノ内ニ靜脈結石ヲ思ハスガ如キ硬度ヲ異ニスルモノヲ觸レナイ。左鎖骨上窩ノ指壓ニヨリ血液還流ヲ阻止スレバ腫瘍ハ増大シテ小鶏卵大トナリ境界モ比較的鮮明トナリ一小部ニ認メラレタル青色調モ其ノ度ヲ増ス。硬度亦タ稍々増強シ表面ニ少シク凹凸ヲ認ム。但シ壓痛ハ増強セズ。尙他ニ觸診シ得ル淋巴腺ノ腫脹ヲ認メズ。

診 斷: 左側頸部ノ上部三角ニ於ケル, 甚タ壓縮性ニ富メル弾力性軟ナル小腫瘍ニシテ, 潤頸筋ト胸鎖乳頭筋トノ間ニ位シ, 頸靜脈ノ壓迫ニヨリ速ヤカニ且ツ著明ニ増大スル等ノ所見ヨリ, 此レヲ海綿様血管腫 (Cavernom) ト診斷ス。

手 術: 24/V, 局處浸潤麻酔ニテ環狀軟骨ノ高サニテ腫瘍上ニ於テ横ニ約3釐ノ皮膚切開ヲ施シタ。腫瘍ハ潤頸筋ノ下層, 表在筋膜上ニアリ, 右緣, 上緣ハ境界不鮮明デアルカラ此レヲ周圍組織ト共ニ, 底部ヨリ鈍性ニ剝離シテ剔出シタ。

術後經過: 順調, 第I期癒合ヲ營ミ, 1週間目ニ抜絲, 9日目ニ全治退院シタ。

剔出標本: 組織學的ニハ定型のナル Angioma cavernosum デアツタ。

考 察: 血管腫ハ顔面ヲ其ノ最も好發部位トシ頸部之レニ次グモ, 母斑ノ形態ヲ取ルモノヲ除ケバ, 軀幹, 四肢ニ來ルコトハ比較的稀, 頸部ニ發生スルハ最も稀レデアルト稱セラレル。本例ハ略2錢銅貨大ノ膨起トナリ漸ク偶然其ノ存在ガ知ラレ其ノ後約50日ノ經過中其ノ形態大キサニ著シキ變化ヲ見ズ。此レヲ剔出シテ組織學的の檢査ヲナスニ定型のナル海綿様血管腫デアツテ急性ニ増殖セル像ハ認メラレナカツタ之ヲ以テ見レバ Cavernom ノ頸部ニ於ケル發生ハ稀デアルト稱セラルルガ, 自覺的の症狀ナク又著明ナル形態異常モナク且ツ被覆皮膚モ常態ヲ保ツ爲ニ知ラズシテ放置サレル例モ多カラント思ハレル。

腹壁結核症例

房 岡 隆 三 (京都外科集談會昭和13年9月例會所演)

第1例: 6歳, 女児

主 訴: 右季肋部ノ無痛性腫瘍

現病歴: 約半ヶ月前偶然右季肋部ニ胡桃大ノ腫瘍ノアルノヲ他人ヨリ注意サル。疼痛モ無ク、大サモ變化セズ。又黃疸ヲ來シタコトモ無シ。

既往症及家族歴: 3歳ノ時肺炎ニ罹リシ外健康ナリ。母親ハ現在肺結核デソノ治療ヲ受ケテ居ル。

現在症: 體格稍々小, 骨格弱, 皮膚, 可視粘膜ニ黃疸ナク, 貧血モ認メズ。

胸部左前上ノ部打診上, 抵抗アリ, 呼吸音少シク弱且ツ呼氣稍長クシテ鋭。

局處所見: 右季肋部ニ腫瘍アリ胡桃大, ソノ界ハ右ハ右乳線ヨリ1横指左, 上ハ肋骨弓下3横指, 表面平滑, 靜脈ノ怒張モナク, 此ヲ被フ皮膚ノ色ニモ異常ナシ。觸診上, 溫度上昇ナク硬度緊滿硬, 波動ヲ證明シ壓迫示界ハ下方ニ明瞭ナルモ上部ハ不明。ソノ上方ハ弾力性硬デ, 肋骨弓下ニ續イテキル。皮膚ハヨク移動サセルコトガ出來ルガ, 基底トハ不動, 腹壁ヲ緊張サセルト腫瘍ハ稍々大トナリ且ツ明瞭トナル。壓痛ヲ認メズ。

血液像: 白血球數8100, 中性多核白血球38%, 淋巴球65%, 即チ著明ナ淋巴球增多ヲ認ム。

診 斷: 寒性膿瘍

手術所見: 右直腹筋外緣ニ沿ヒ肋骨弓下1横指ヨリ3横指ニ至ル皮膚切開ヲナシ深部ニ進ムニ腫瘍ハ外斜腹筋膜ノ直後ニアリ, 此ヲ前ヘ壓排シ, 後ハ腹膜トツヨク癒着シテキル。硬サ緊滿硬, 波動ヲ證明ス。ソコデ穿刺ヲ行フニ薄イ漿液性, 淡黃色ノ膿汁ヲ證明シタ。之ヲ切開搔爬スルモ原發竈ヲ發見スルヲ得ズ。沃度_Lフォルム_T粉ヲ撒布シ創ハ一次的ニ閉ヅ。

經 過: 創ハ第I期癒合ヲナシ10日ニテ全治退院。

膿汁検査: 直接ニモ, 培養上ニモ, 生菌ヲ證明セズ。蛋白溶解酵素モ陰性。

第2例: 21歳, 女子

主 訴: 右季肋部ノ無痛性腫脹

現病歴: 昨年3月頃, 夕方ニナルト惡寒戰慄ヲ以テ發熱シ, 右ノ季肋部ニ強度ノ疼痛アリ, 疼痛ハ談話ヤ咳嗽ヲスル時ニ強クナリ, 醫治ニヨリ一時輕快シタガ, 3ヶ月後腹部全體ガ膨滿シタ。ソコデ穿刺ヲ受ケ約1立ノ液ヲ出シタ。ソノ後2週間シテ右側腹部ニ鶏卵大ノ腫瘍ヲ認メ輕度ノ壓痛アリ, 且ツ次第ニソノ大サヲ増シテ來タ。

現在症: 體格大, 骨格中等, 榮養良。顔面少シク蒼白, 可視粘膜ノ色尋常。胸部左ノ下鎖骨窩短, 呼吸音極メテ弱シ。

局處所見: 腹部ノ右半分ガ瀰漫性ニ腫脹シテ内側ハ正中線, 外側ハ前腋窩線, 上ハ肋骨弓, 下ハ臍ヨリ2横指下方ニ迄擴ガル。表面ニ凹凸不正ハナク只臍畫ニ相當シテ淺イ溝ヲ證明ス。異常ノ皮膚着色ハナク, 靜脈怒張モ認メズ。觸診上, 溫度上昇ヲ認メズ。彈性軟, 波動甚ダ明瞭, 此際周圍ニ堤防狀ニ硬結ヲ證明セズ。尙ホ腹壁筋ヲ緊張サセルト腫瘍ハ消失ス。

診 斷: 結核性原發竈ハ證明サレヌガ臨床的ニハ容易ニ寒性膿瘍ト診斷サレタ。

手術所見: 直腹筋外緣ニ沿ヒ筋膜ヲ切開スルト, 醗膿膜デ包マレタ黃褐色膿汁約100珎ヲ出シ, 更ニ直腹筋ノ一部ヲ絞扼サレタ狹窄部ガアリ, 此ノ後方ニ約200珎ノ膿瘍腔ガアツテソノ後壁ハ肥厚シタ腹膜デアル。膿ハ不均等性, 蛋白溶解酵素陰性。

排膿搔爬後直チニ沃度_Lフォルム_T粉ヲ撒布シ創ヲ一次的ニ縫合シタ。

經 過: 順調デ創ハ第I期癒合。術後18日目, 胸骨第III肋骨ノ附着部ニ原發竈ヲ思ハス腫瘍ヲ認メ, 之ヲ切開スルニ麥粒大ノ白黃色ノ物質ヲ證明シタ。他ニ瘻管ヲ認メズ。此ノ創ハ一次的ニ縫合シタ。

考 察：一般ニ筋肉ノ原發性結核ハ甚ダ稀デアルガ、其ノ中デ腹壁筋肉デハ斜腹筋或ハ直腹筋ニ比較的多イト云ハレテキル。而シテ昭和2年青柳教授ハ創メテ所謂腹壁結核ノ中ニハ原發竈ノ全ク治癒シタ流注性膿瘍ノアリ得ルコトヲ述ベラレタ。我々ノ2例モ亦タ此ノ原發竈ノ全ク治癒シタ寒性膿瘍デアル。

一體腹壁ニ來ル孤在性寒性膿瘍トシテハ、ソノ成因ニ就テハ2種ヲ區別スルコトガ出來ル。即チ1ハ結核性腹膜炎ニ伴ヒ體壁腹膜下ニ來ル寒性膿瘍デアリ、他ハ胸部結核竈ヨリ來ル所謂流注性膿瘍デ、ソノ原發竈ノ治癒セル場合デアル。我々ノ第1例ハ胸部ニ於ケル臨床的所見少ナク且ツ腹膜ト固ク癒着セル點等ハ或ハ第1ノ部ニ入レルベキカト思ハレルガ、腫瘤ノ上部ガ彈性硬ノ部ヲ以テ肋骨ノ下ニ續イテキルコトハ、此ノモノガ胸部病竈カラ來タモノナルコトヲ思ハシメル。第2例ハ病歴ニ腹膜炎ヲ患ツタコトアリ第1ニ入レルベキカト思ハレタガ、術後胸骨ノ部ニ原發竈ト思ハレルベキ部位ヲ證明シタコトヨリ矢張第2ニ入レルベキカト思フ。前者ノ腹壁何レノ部位ニモ生ジ得ベキニ反シテ、後者ハ主トシテ上腹部、然カモ右側ニ來ルコトガ多イトサレテキル。此ハ胸部ノ結核ガ比較的右側ニ多イノニ依ルノデハナイカト思ハレル。膿瘍ノ存在部位ガ前者ハ腹膜下組織内デアリ後者ハ外表層筋膜ヨリ腹膜迄ノ間ノ筋層或ハ筋間結締織中ニ流注シ種々ノ型態ヲ呈スルノデ屢々診斷ヲ迷ハスノデアル。即チ腹腔内腫瘤(速水氏：昭和9年6月)、リグラ (神前氏：昭和10年11月)、膽囊腫瘍 (曾我氏：昭和12年1月)等ト誤ラレルコト屢々デアル。故ニ此ガ診斷ニ當ツテハ系統的ノ視診、觸診、打診、聽診ヲ充分ニナン尚補助診斷法トシテ氣腹法ノ外、腹腔内造影劑注入法、或ハ腫瘤周圍ニ造影劑ヲ注入スル方法モ亦タ試ミルベキカト思考ス。

Schnitzler 氏癌轉移ヲ思ハシメタル結核性腹膜炎

相 川 文 夫 (京都外科集談會昭和13年9月20日所演)

患 者：34歳，男子

主 訴：腹痛及ビ嘔吐

現病歴：3日前正午頃食事不養生アリシニ同日午後7時頃ニナリ突然下腹部及ビ臍ノ附近ニ痙攣様ノ疼痛ヲ來シ、惡心アリ、嘔吐12—13回ニ及ベリ。吐物ハ初メハ攝取物ノミナリシモ、後ニ至リテ黃色ヲ帶ビタル物トナル。翌朝醫師ノ注射ヲ受ケテ上述ノ苦痛ハ消失セルモ同日夕刻ニ至リテ再び同様ノ疼痛ヲ來シ、惡心、嘔吐アリ。此ノ度ハ注射ニヨリテ輕快セズ、次第ニソノ度ヲ増加シテ今日ニ至ル。發病以來熱發ナク、一昨日僅カノ大便排出アリシノミニテ、其ノ後^レガス^ヲ、大便ノ排出ナシ。

既往症：生來健康、著患ヲ知ラズ。3ヶ月前ヨリ盜汗、咳嗽アリ、左側滲出性肋膜炎ノ診斷ヲ受ケ、約1週間前左胸部ヨリ穿刺ニヨリ約1000^リノ液ヲ排出サル。

家族歴：特記スベキモノナシ。

臨床一般所見：體格中等、營養衰へ、脈搏整正、1分時80、大サ^ハ尋常、緊張良。顔貌苦悶狀。頸部淋巴腺ノ腫脹ナシ。心臟位置尋常異狀ナシ。

肺：打診上異状ナク、聽診上左肺ハ一般ニ呼吸音微弱、Bronchophonie 左右差ナシ。

局處所見：腹部ハ一般ニ膨滿セリ。靜脈怒張、發赤、蠕動不穩ナシ。觸診上 Défense musculaire, Blumberg 氏症候ナシ。廻盲部ニ壓痛アリ。Rosenstein 氏症候ナシ。左腹部ニ抵抗アリ。腸雜音ハ時々僅ニ聞エ有響性ナリ。

肛門指診ニテハ右ノ Douglas 腔膨滿シ壓痛アリ。直腸膨大部ハヤ、大。Ⅻ時ニ相當セル肛門ヨリ5種、Douglas 腔ノ膨滿セル所ニ近ク1個ノ豌豆大、彈性硬ノ結節ヲ觸ル。

血液所見：赤血球數456萬、ヘモグロビン7量64% (ザーリ)、白血球數8000。

尿：著變ナシ。大腸菌陰性。

診 斷：肛門背診ニヨリ Schnitzler 氏癌轉移ヲ思ハシムル結節ヲ證明セルヲ以テ Peritonealcarzinose ニヨル「イレウス」ヲ想像セリ。然レドモ既往症ヨリ結核性腹膜炎ニヨル絞扼性「イレウス」ニアラズヤトモ想像サル。

手術所見：臍下3横指ヨリ正中切開ニテ腹腔ヲ開クニ腹膜ハヤ、肥厚シ、小腸ハ極度ニ膨脹セリ。ソノ壁ニハ播種性ニ小豆大ヨリ粟粒大ノ Tuberkel ヲ認メタリ。腹水ハ少量。ヨツテ更ニ切開ヲ臍上2横指ニ至ルマデ延シ腹腔ヲ開クニ小腸ハ Treitz ノ Band ニ近クマデ膨脹シ、胃大彎横行結腸ニ至ルマデ一面ニ播種性ノ、更ニ直腸 Douglas 腔部ニモ2,3同大ノ Tuberkel ヲ認メタリ。小腸ヲ肛門側ニ追求スルニ迴腸終端ヨリ約30糎口位部ニテ腸間膜ヨリノ纖維性ノ索條ニヨリ小腸絞扼サレ、ソレヨリ肛門側ハ Konglomerat ヲ作り右骨盤腔ニ入り、一部後腹膜ト癒着セリ。絞扼部ヲハズシテ檢スルニ血行障碍及壊死部分ハ認メラズ。依ツテ骨盤腔ニオケル癒着ヲ剝離シ小腸全部ヲ腹腔外ニ出シテ、生理的食鹽水ヲ浸セル「ガーゼ」ニテ摩擦シ、約5分間太陽燈ノ照射ヲ行フ。

術後経過：経過良好。術後7日目、肛門指診ニテ初診時ト同様ノ結節ヲ同所ニフレタリ。術後12日目朝黑色便ヲ出シ、同日午後7時ニナリ脈搏140、體溫 35°C ニナレルヲ以テ直チニ200mlノ輸血ヲ行フ。其ノ後全身狀態良好。術後25日目ニ全治退院。

考 察：Allg. Karzinose (Peritonitis carcinomatosa) ト Peritonitis tuberculosa トハソノ症候相似ノ場合アリテ鑑別ニ苦シムコトアリ。

此ノ際結核性疾患ヲ思ハセル既往或ハ現在症ノ有無モ鑑別診斷ニ參考トナルコト勿論ナレドモ、斯ル際肛門指診ニヨリテ Schnitzler 氏轉移ヲ觸レル時ハ Karzinose ト診斷ス可シト説カレタリ。蓋シ腹腔内臓器(胃・腸)癌ノ播種性轉移コソ Schnitzler 氏 Metastase ノ本態ナレバナリ。然ルニ此ノ例ニ於テハ Douglas 腔ニ於ル結核性結節ヲモ亦タ肛門指診ニヨリテ Schnitzler 氏癌轉移ノ如ク觸レ得タリ。故ニ兩者鑑別ノ唯一據點ト思ハレタル症候モ甚シクソノ根據ヲ失ヒタリト云フヲ得ベシ。

只、癌ト結核性結節ニテハソノ硬度或ハ Douglas 腔ヘノ出現度等ニ差位ヲ見出し得可キモノト信ズルガ故ニ今後ハ例ヲ重ネテ此ノ點ヲ注意ス可キナリ。

今日迄ノ結核性腹膜炎時ニ於ル肛門指診ノ所見、特ニ Schnitzler 氏 Metastase 様所見ニツキ言及セル者一人モナシ。コレ本報告ノアル所以ナリ。

蟲様突起炎時ニ於ケル尿中大腸菌検査ノ重要性ニ就テ

新 美 陸 世 (京都外科集談會昭和13年9月20日所演)

第1例：28歳、男子

主 訴：腹痛

現病歴：入院ノ2週間程前、誘因ト思ハレルモノナクシテ心窩部ニ疼痛ヲ來シ何所ニモ放散セズ惡心、嘔吐ナシ。Lヒマシ¹油ヲ服用シテコノ疼痛ハ間モナク緩解ス。然ルニ2日後臍部ニ持続性劇痛ヲ來シ注射ヲ受ケネバナラヌ程、耐ヘ難キモノデ有ツタ。入院當日(28/VII)誘因ト思ハレルモノナクシテ、前回同様ノ疼痛ヲ來シ會陰部ニ放散スル様ニ感ジタ。尿ニ變化ヲ來シタコトナシ。

既往歴：半年前淋疾ニ罹患シタ外ハ特記スベキモノハナイ。

家族歴：特記スベキモノヲ認メナイ。

現症：一般所見：體格、榮養共ニ良好、顔貌ハ正常、舌苔灰白色ニシテ厚シ。胸部ニ認ムベキ變化ヲ證明セズ。

局所々見：腹部ニハ膨滿、陷沒共ニナク、視診上變化ヲ認メズ。觸診スルニ、腹壁緊張ハ瀰漫性デ右側腹部ニハ特ニ高度ナリ。Blumberg氏症狀、Mc Burney氏點ノ壓痛、Rosenstein氏症狀等ハ證明出來ズ。

尿所見：赤褐色ニシテ一見血液ノ存在ヲ思ハス。酸性、比重ハ1016、蛋白、糖反應共ニ陰性。沈渣ノ鏡檢ニテ1視野ニ10位ノ赤血球ノ存在ヲ認メ、白血球、圓錐ハ認メラレズ。特ニ大腸菌ハ認メラレズ、Lアガール¹、Lブイヨン¹ヘノ培養モ成功セズ。

血液所見：赤血球ニハ變化ハナク輕度ノ白血球增多症ト中性多核白血球ノ増加ヲ認ムル外ニハ、特記スベキモノナシ。

臨床診斷：主訴デアル心窩部ノ疼痛發作ト右側腹部ニ高度ナル腹壁緊張トハ蟲様突起炎ヲ疑ハセタノデアルガ、尿中大腸菌ガ證明セラレナカツタノデ、尿路結石症ヲ疑ヒL線學の検査ヲ行ツタ。單純撮影法デモ排泄の腎盂描寫法デモ尿路ノイヅコニモ結石ハ見當ラナイ。

膀胱鏡検査：左側輸尿管口ニハ變化ナシ。右側輸尿管口ハ輪廓不明瞭、浮腫性デ血管像モ不明瞭デアル。ソノ下側方ニ黃褐色、表面粗ナル小結石1個ヲ認メ、周圍ニ發赤、浮腫高度ナリ。更ニ膀胱底部ノ中央ニ近ク同様ノ結石1個ヲ認メ、ソノ左上方ニモ黒褐色ノ極メテ小サキ結石4—5個ヲ認メソノ周圍ニ淺キ溢血斑アリ。發赤浮腫ガ強度ナリ。

以上ノ所見ヨリシテ此ノ度ノ發作ハ腎結石ガ膀胱迄下降スルニ際シテノ疼痛デアツタト考ヘラレル。

第2例：21歳、男子

主訴：廻盲部痙攣様疼痛。

現病歴：入院ノ約1ヶ月前カラ何等誘因ト思ハレルモノナクシテ、廻盲部ニ時々發現スル痙攣様疼痛ヲ來ス様ニナリ4—5日前カラソノ頻度強度ヲ増加シタガ、惡心嘔吐ヲ來シタコトナシ。疼痛ハ右側腹部ニ放散スル。3日前尿ノ潤濁ヲ認メタガ、赤色トナリタルカハ氣付カナイ。發病來尿量ハ漸次減少シテ居ル。

既往歴及ビ家族歴：特記スベキモノナシ。

現症：一般所見：體格、榮養共ニ中等度、顔貌正常、心、肺共ニ變化ヲ認メズ。

局所々見：腹部ハ膨滿、陷沒共ニナク視診上異常ハ認メラレズ。觸診スルニMc Burney氏點ノ壓痛、Rosenstein氏症狀陽性ナルモ、腹壁緊張、抵抗、Blumberg氏症狀等ヲ證明セズ。肝、腎、脾等ハフレズ。

尿所見：黃色、酸性、比重1024、蛋白陽性。沈渣ニハ赤血球及ビ顆粒狀圓錐ヲ認ム。大腸菌ヲ證明セズ。

血液所見(入院時)：白血球減少ト淋巴球ノ増加トガ著シク、赤血球ハ亦常、Lヘモグロビン¹ハ66%。

臨床の診斷：初メ蟲様突起炎ヲ疑ツタガ、尿所見ヨリシテ輸尿管結石ト考ヘL線單純撮影ヲ行ツタガ認ムベキ變化ハナカツタ。更ニ膀胱鏡検査ヲ行ツタガ、膀胱粘膜ニハ變化ハナク兩側ノ輸尿管口ニモ變化ハ認メラレナイ。Lインデゴカルミン¹排出ヲ見ルニ兩方トモ7分デスデニ排出ス。

經過：入院後4日間ハ尿中ニ蛋白ヲ證明ス。1週間目カラ食餌療法ヲ行ツタ所、9日目カラ尿中ノ赤血球ハ消失シ以來自覺的ニモ他覺的ニモ全ク健康トナツテ退院シタ。

以上ノ所見カラ出血性腎炎ト診斷サレタノデアル。

考 察：以上2例ハ何レノ場合モ若年ノ男子デ、ソノ劇シイ腹痛、ソノ他ノ症状カラ蟲様突起炎ヲ疑ハセルコト極メテ強カツタモノデアル。併シ兩者トモ尿中ヘノ大腸菌移行ハ認メ得ナカツタ。

蟲様突起炎ノ鑑別ニ際シテハ、古クカラ種々ノ症候ガ舉ゲラレテ居ルガ最近我ガ京大外科學教室カラ強調サレテ居ル爾他健常尿中ニ於ケル大腸菌出現ノ有無コソ最モ大切ナ症候デ有ル。淺野博士ノ統計ニヨレバ蟲様突起炎ノ82.4%ニ於テ尿中ニ大腸菌ガ出現スルトイフ。此ノコトハ蟲様突起炎ノ17.6%ニ於テ大腸菌ノ尿中出現ハ認メラレナイコトヲ示シテ居ルガ、急性蟲様突起炎ヲ思ハセル様ナ症状ヲ他ニ示シテ來タトキニハ、尿中大腸菌ヲ検査シ、モシ無カツタナラバ、更ニ他ノ疾患ノ存在ヲモ考ヘテ、充分ソレニ向ツテ検査ヲ進メテ行カネバナライ。

事實、コノ2例ハイヅレモ尿中ニ大腸菌ノ出現ヲ認メ得ナカツタノデ、更ニ種々検査スルコトニヨツテ、腎結石、或ハ出血性腎炎ノ存在ヲ知り得タノデアル。

多發性皮下轉移ヲ始發所見トセシ胃癌ノ1例

村 山 達 美 (京都外科集談會昭和13年9月例會所演)

患 者：41歳ノ婦人(26/VII入院)

主 訴：胸部、腹壁及ビ左側大腿部ニ於ケル無痛性腫瘤

現病歴：本年6月上旬(約3ヶ月前)右側腹壁皮下ニ無痛性小指頭大ノ腫瘤アルニ氣付キシガ漸次増大シ約1ヶ月ニシテソノ表面ガ暗紫赤色トナリ、今日雞卵大ニ達ス、又7月上旬(約2ヶ月前)右側胸壁ニ同様ノ腫瘤ヲ生ジ1ヶ月後ニハ表面暗紫赤色トナリタリ。更ニ8月以來腹壁ニ3個、左側大腿ニ2個、前同様ノ無痛性腫瘤ヲ生ズ。發病以來滿腹感、惡心、嘔吐、下痢、便秘ノ如キ症状ヲ來タセシコトナク、又疲勞感ナク、特ニ羸瘦セリトモ思ハズ。食思良好、排便1日1行、睡眠良。

既往歴：生來羸瘦スルモ健康ニシテ特記スベキ疾患ヲ知ラズ、流産(4ヶ月)1回、滿期安産後2兒トモニ夫々生後25日、6ヶ月ニシテ死亡シ、現在子供ナシ。

遺傳歴：祖父ガ胃癌デ死亡セル外特記スベキコトナシ。

現 症：體格中等、骨格薄弱、榮養低下シ、皮膚蒼白弛緩セルモ、黃疸、發疹ナドノ異常ヲ認メズ。脈搏1分時100、整調、緊張良、顔貌正常、口唇貧血性ニシテ薄キ舌苔ヲ被ル。頸部、腋窩ニ淋巴腺腫瘤豌豆大ノモノ2—3個ヲ觸レル。胸部ニ於テハ右側乳嘴外方ニテ腋窩線上ニ雞卵大ノ腫瘤アリ。半球狀、限界鮮明ニシテ暗紫赤色ノ覆皮ト癒着シ表面多少凹凸アリ、靜脈ノ怒張ヲ見ズ。少シク熱感アリテ弾力性硬、軟化セシ部分ナク、壓痛ナシ。各方向ニ易可動性ニシテ下底筋層トノ癒着ヲ認メズ。尙乳嘴ハ共ニ働カズ。胸部臟器ニ異常ヲ認メズ。

腹部ハ膨滿モ陷沒モセズ。蠕動性不安、靜脈怒張等ハ見ラレズ。腹壁ニ散在シテ4個ノ腫瘤ヲ見ル。大イサハ蠶豆大ヨリ雞卵大ニ達シ雞卵大ノモノハ前記胸壁ノソレト同性狀ニシテ表面暗紫赤色ヲ呈ス。他ハ表面ニ變化ヲ見ズ。腹部觸診ニヨリ抵抗腫瘤ヲ認メズ。左側大腿ノ内側、及ビ外側ニ豌豆大ノ腫瘤皮下ニアリテ表皮、下底トノ癒着ハ認メラレズ。他ニ異常ナシ。

血液所見：赤血球170萬、ヘモグロビン含量45%、白血球9900、中性73% (幹狀28%、分葉45%)、淋巴球25% (小淋42%、大淋1%)、單核2%、著シキ貧血像ヲ呈スル外、異狀ノ白血球ヲ認メズ。

赤血球沈降速度：平均時34耗。

尿：異狀ナシ。

診 斷：以上ノ所見、特ニ觸診上ノ所見ヨリ此等ノ腫瘤ガ癌デアリ、而モ原發癌不明ナラ、轉移性ノモノ

タルベキヲ疑ヘリ。依ツテ先ヅ腫瘍ノ切除ヲ行ヒテ鏡檢セリ。

標本所見・彈性硬ニシテ周界ハ銳、剖面黃色ヲ呈シ、造構不明、粘液狀物質ヲ壓出シ得。鏡檢スルニ壊死性傾向大ナル腺癌ノ構造ヲ呈ス。

果シテ此等腫瘍ハ癌ニシテ而モ腺癌ナリキ。依ツテ其原發竈ヲ求ムベク、特ニ腺癌ナルコトヨリ消化管系統ノト線検査ヲ行ヘリ。

ト線検査：胸部域ニ異常ヲ認メズ。胃ニ於テ、十二指腸下部空腸ニヨル壓排狀態ヲ見ル以外大シタ異常ヲ認メ得ズ。（但シ後デ胃充盈像ヲ見ルト胃體上方緣ガ硬直シテ癌ト診斷シテヨキ所見ナリ。只コノ際ハ壓排徵候ニ重キヲオキシヲ以テ氣付カザリシナリ。）即チ以上ヨリシテ何等原發竈ノ存在ヲ認メ得ザリキ。サレド原發竈ノ必ズ存在スベキヲ信ジテ遂ニ試驗的開腹術ヲ施行セリ。

手術所見：（試驗的開腹術、皮膚癌摘出後8日目）劍狀突起ト臍ノ間ニ正中切開ヲナシ、腹腔ヲ開クニ腹水ハナク、胃ハ正常ノ位置、正常ノ形態ヲ呈シ、胃ノ前壁漿膜面ハ平滑ニシテ充血セズ。周圍トノ癒着ナシ。胃ノ後面ハ全體ニ横行結腸間膜ト癒着シ、タメニ胃ハ引出シ得ズ。觸診スルニ胃體ノ上 $1/2$ ニ於テ前壁中央カラ、小彎ヲ越エ、後壁ニテ略々大彎ニ達スル彈性硬ノ腫瘍ヲ觸レ、コノ腫瘍ハ後腹壁ト鞏ク癒着ス。胃内腔ニ向ツテハ凹凸不正ニシテ一部崩壊シ居ルヲ認ム。轉移性淋巴腺腫ハ十二指腸球部ノ上部ニテ後腹壁ニ鳩卵大ノモノ1個存在シタリ。

肝臓頭部ハ胃癌ト癒着シ多少硬ク觸ル。胃ノ大彎、小彎ニ接シテハ淋巴腺轉移ハ殆ンド認メラレズ。胃癌ノ切除ハ不可能ナリ。ヨツテ大動脈周圍ニアル淋巴腺轉移（豌豆大ノモノ）ヲ摘出シテ手術ヲ終レリ。

結 論：即チ本例ハ胃癌ヲ原發竈トシ、皮下ニ血行性轉移ヲ將來セシモノニシテ、而モ何等胃症狀ヲ呈セザリシモノナリ。

胃癌穿孔ノ1例

朝 倉 進（京都外科集談會昭和13年9月例會所演）

患 者：51歳，男子（15/Ⅶ入院）

主 訴：腹部緊滿感

現病歴：約6月前偶然心窩部ニ鶏卵大ノ腫瘍ノアルノニ氣付イタガ、何等ノ苦痛ナキマヽニ放置シテ居タ所、次第ニ増大シ現在ノ狀態ニ到ツタ。當時、腹痛、惡心、嘔吐、嘈雜、噯氣ハナカッタガ約3ヶ月前カラハ噯氣ガ時々現ハレル。發病來顔色次第ニ蒼白トナリ、羸瘦著明トナリ全身脱力感ヲ訴ヘル。便通ハ便秘ニ傾キ少量デアル。但シ「テール」様トナルヲ認メタコトハ無イ。食思不振。

現 症：體格中等、榮養稍々低下、輕度ノ浮腫ヲ兩足背ニ證明スル。頸部及ビ鎖骨窩ニハ淋巴腺ノ腫大ヲ認メズ。胸部ニ著變ナシ。腹部ハ右側季肋部ヨリ下腹部ニカケ瀰蔓性ニ膨滿シ、膨滿部ノ表面ハ凹凸不正。ソノ境界ヤヽ不鮮明デアルガ大體、上ハ臍上1横指、右ハ右乳線、左ハ左乳線、下ハ恥骨縫際上3横指ニ在ツテ呼吸運動ニヨリ、ヨク移動ス。局所皮膚ニハ發赤、靜脈怒張ナク、腸蠕動不穩ヲ認メズ。觸診上熱感ナク、腫瘍ハ小兒頭大球狀ニテ表面ハ概シテ平滑ナルモ溝ニテ4個バカリノHöcker トナツテ居リ、彈性硬、壓痛ナク、上下左右ニ易ク移動セシメ得、呼吸時固定可能、坐位デハ腫瘍下緣ハ恥骨縫際ニ接觸ス。經肛門指診ニヨリ直腸竇ノ膨大ヲ認メズ。又ソノ際手指ニ血液ノ附着ヲ見ズ。

尿：インデカン⁷弱陽性、大腸菌ヲ證明セズ。

胃液検査：潛血反應強陽性、游離鹽酸ヲ缺キ、乳酸ヲ證明ス。

尿中「ヂアスターゼ」價：23 迄陽性。

糞 便：肉眼的ニ血液ヲ見ヌガ潛血反應強陽性デアル。寄生蟲卵ヲ認メズ。

ト線検査：經肛門の造影劑注腸ヲ行フニ横行結腸ノ下方ニ腫瘍ハ存在シ、腫瘍ノタメニ横行結腸ハ壓迫ヲ受ケテ、Füllungsmangel ノ狀ヲ呈ス。又經肛の検査ノ第3段トシテ、空氣注入ヲ行フモ、腫瘍上部ニアル横

行結腸ハ擴大セズ。即チ横行結腸壁自體ニモ器質的變化ノ存在スルノヲ知り得タ。次デ經口的ニ造影劑ヲ投與セルニ胃ニ入ツタ造影劑ハ第IV腰椎上緣右端カラ下行シ薦骨上端ニ至ル迄ノ皺襞像ガ全然缺如シ、頂點ヲ左方ニ向ケタ三角形ノ陰影ヲ現ハシタ。周緣ノ陰影ハ鋸齒狀ヲ呈シ而カモ硬シ。更ニ此ノ部ニ一致シテ腫瘤ヲ觸レタノデアアル。

診断ハ 1) 腫瘤ガ横行結腸ニ迄浸潤シ、然カモ腫瘤ヲ動かセバ横行結腸モ動クノデ腫瘤ハ横行結腸ニ關聯シテ居ルコトハ確カデアアル。2) 胃粘膜皺襞像ニハ大變ニテ幽門ニ近イ所ノ皺襞ガ上方ニ向ツテ凸面ヲ向ケ、小變ハ幽門前部ニテハ唯一方ノ線トシテ現ハレテキルダケデアアルガ、之ハ腫瘤ニヨツテ胃ガ壓排サレタモノト考ヘタ。3) 異常ノ三角形ノ陰影ハ丁度十二指腸ノ走行ニ一致スルヨウデアアルノデ、或ハ十二指腸ガ腫瘤ニヨリ壓排サレタモノカトモ考ヘタガ、モシソレナラバ、腫瘤ハヨク動クカラ、腫瘤ヲ移動シテ壓迫ヲ除ケバ、十二指腸ノ正常ノ形態ヲ示サナケレバナラス。然シ本例デハ腫瘤ヲ壓排シヨウトスル際ニ患者ハ疼痛ヲ訴ヘルノデ中止シタ。

腫瘤ガ何者デアアルカ明確ニナシ得ナイ内ニ即チ、入院後7日目ノ午前1時頃ヨリ突然心窩部ニ持続性ノ激痛ヲ訴ヘタ。8時間ヲ經タ時ノ所見ハ、腹部ハ一般ニ膨滿モ陷凹モシテ居ラスガ *Défense musculaire* ハ腹部全體、特ニ上腹部ニ強ク、甚ダシイ壓痛ノタメニ十分ノ觸診所見ヲ得ナイガ明カニ急性腹膜炎デアアルノデ手術ヲ施行シタ。

手術所見：劍狀突起ヨリ恥骨縫際上2横指ニ至ル正中切開ニテ開腹。腹膜尋常。腫瘤ハ胃ノ大變ニアリ小兒頭大デ、該腫瘤ハ左腹壁前面ノ腹膜及ビ臍部ノ腹膜ト癒着ス。肝ハ邊緣鈍、硬度尋常デ膽嚢ニ異狀ナシ。更ニ深部即チ十二指腸ニ向ツテ指ヲ深く挿入スルニヤ、混濁シタ惡臭ヲ放ツ腹水溢出ス。之ヲ約300cc吸引ス。十二指腸ハヤ、膨滿スルモ腫瘤トハ全ク關係ナシ。膀胱正常、更ニ空腸ヲ肛門側ニ追及セントシタ所「バリウム」ヲ混ジタ液ノ溢出ヲ見タ。大網膜ハ胃ノ前壁ニ癒着シ萎縮ス。胃ヲ腹腔外ニ出サントシ腹膜トノ癒着部ヲ銳性ニ剝離スルニ癒着部ニ於テ腫瘤ハ既ニ穿孔シ此處カラ「バリウム」ヲ混ゼシ液ノ流出スルヲ見タ。胃ヲ腹壁切開創外ニ持チ出シ檢スルニ横行結腸トノ癒着ハ比較的輕度デアアル。ノコデ腫瘤胃ノ切除(Billroth I) ヲナシ排膿管ヲ十二指腸ト肝ノ間及ビ Douglas 窩ニ挿入シ手術ヲ終ル。

混濁セル液ニハ血球細胞多數アルモ大腸杆菌ハ證明セズ。

組織標本：腺癌。

術後経過：良好デ現在小肉芽創ノ處置ヲ行ヒツ、アルガ、排液管挿入部ノミハ深部即チ直腹筋ノ後方ニ走ル瘻管ヲ作ツテ居ル。

考 察：

1) 本例ハ明カニ胃癌デアツテ胃内腔ニ向ツテ發育セズ、胃外ニ向ツテ大クナツタモノデアアル。

2) 斯様ニ腫瘤ガ大クナレバ當然癒瘍ノ中心壞死ガ起ツテ來ルモノデアアルガ、此ノ例ハ一方ハ胃ニ一方ハ腹膜ト癒着シテキタ所ヘ自潰シテ來タ。若シ結腸ト癒着シタナラバ茲ニ内瘻(Fistula gastrocolicum) ヲ形成スルモノデアラウ。然シ此ノ例デ見ルニ、癒着シテ居ル所ニ腫瘤ガ自潰スルノデハナシニ、自潰セントスル所ニ癒着ガ形成サレタモノデアアル。ソレ故ニ内瘻(innere Fistel) ノ際モ同様ニ自潰セントスル所ヘ癒着シテ、ソノ結果 innere Fistel ガ形成サレルモノト考ヘラル。

3) 腫瘤ハヨク移動シタガ、最後ノ検査ニ際シテハ疼痛ヲ訴ヘテ十分ニ検査ヲナシ得ナカツタ。此ハ初メニ癒着シテキタ部ヲ中心ニ移動シテキタノデアラウガ、検査ニ際シ何度モ動かシタ結果癒着ノ一部ガ機械的ニ剝離サレテ疼痛ヲ訴ヘルニ至リ遂ニハ穿孔シタモノデアラウ。

4) ソレ故ニ、茲ニ胃外方ニ向ツテ發育シタ腫瘍デソノ腫瘍ハ中心壞死ヲ起シ胃内腔ト交通ノアルモノノレ線像ハス様ナモノデアルコトヲ供覽スル。今後若シス様ナ像ヲ見タナラバ自潰シタ腫瘍デアツテ、ソノ自潰シタ腫瘍内管ノ他方ハ癒着形成ガ營マレツ、アルモノト考ヘテ殊ニ未ダ innere Fistel トナツテ居ラスモノハ癒着ガ輕微デアルカラ無理ナ觸診ヲ避ケタガ方ヨイト考ヘラレル。

曠置小腸ノ重積症

松 山 壽 雄 (京都外科集談會昭和13年9月例會所演)

患 者: 21歳ノ男

主 訴: 上腹部及ビ右季肋部病痛

現病歴: 昭和13年7月本院ニ入院シテ、結核性腸狭窄トシテ第1回ノ手術ヲ受ケタ(右副直腹筋切開デ開腹、半透明漿液性腹水ヲ證明ス。蟲様突起ニハ變化ナク、迴腸ノ終リニ近ク小腸ガ塊狀ヲナシテ互ヒニ強ク癒着シ、明カニ腸結核ニ依ル凝塊ヲ形成シテ居リ、此レヨリ口側ノ腸管ハ著シク膨大シ而モ癒着ガ強度デ到底離解シ得ナカツタノデ膨大部ト萎縮部ト迴腸側々吻合ヲ行ヒ手術ヲ行ツタ)。其ノ後時々腹痛ノアルマ、術後31日デ退院シタガ、術後42日目、下腹部病痛ガ強ク腹部モ一般ニ膨滿シテ來タノデ再入院シ、25日再手術ヲ受ケタ(臍下正中切開デ開腹スルニ腸管ハ相互ニ所々癒着シ小腸ハ充血シ蒼白色帽針頭大及ビ小指頭大ノ結節ガ播種狀ニ存在シ臍ノ下部ニハ強ク癒着ガアル。又前回ノ手術ノ吻合部モ強ク癒着中ニ埋沒サレ之ヲ開ンデ手拳大、彈性硬、表面平滑ノ凝塊ヲ形成シソノ口側ニ於テ腸管ガ擴大シ明カニ狭窄ヲ認メタノデ迴腸末端ヨリ約80cmノ部デ部分的腸管曠置術ヲ行ヒ迴腸結腸吻合術ヲ行ツタ)。術後腹痛全ク去リ1週間デ創面ハ第1期癒合シ12日目ニ退院シタ。然ルニ2週間前(第2回手術後24日目)ヨリ下痢嘔吐ヲ來シ腹壓ヲ加ヘルト時々嘔吐ス。吐物ハ膽汁性ノ液體デアル。一昨日「モルヒネ」屬藥劑注射後胃部及ビ右季肋部ニ病痛様疼痛ヲ來シタガ「グル」音ト共ニ疼痛ハ去リ、今朝膽汁様液體ヲ嘔吐ス。時々腹氣ヲ來スガ便通ハ變化ナク風氣モアル。

現 症: 脈膊、呼吸正常デ一般狀態ハ腸閉塞等ノ重症ヲ現ハシテキナイ。視診上前回ノ手術痕跡ガアリ右下腹部ニ手拳大、縦ニ長イ腫脹ガアル外腹部ハ一般ニ膨滿シテ居ナイ。蠕動不安、ブルームベルグ氏症狀等モ證明セズ。唯下腹部ニ輕イ腹壁緊張ガアリ、此ノ部ニ幅約3横指ノ腫物様ノ物ヲ觸レ特ニ壓痛ガアル。脾、肝、腎等ハ觸レズ。腸雜音ハ尋常デ直腸膨大部ハ擴大シテキナイ。ドウグラス氏腔ニ變化ナシ。即チ腸閉塞ノ症狀ハ1ツモ無イ。

血液検査デハ多核白血球增多ヲ證シ、尿検査デハ蛋白「チアツオ」、インヂカン「ヲ證明シ「ヂアスターゼ」ハ2°迄陽性。尿中大腸菌モ1視野ニ2-3個證明ス。

レ線所見: 單純撮影デハ大腸、小腸何處ニモ瓦斯及ビ Spiegelbild ヲ證明シナイカラ之レダケデモ腸閉塞ガアルトハ言ヘナイ。腫物ノアル部ニハ瓦斯像ナク全クhomogenデアル。經肛門ノ造影劑注入ヲ行フニ造影劑ハ吻合部カラ小腸ニ移行スルガ曠置小腸部ヘハ行カズ。故ニ擴張サレタ小腸ニ癒着ガアルト考ヘタ。

診 斷: 部分的腸管曠置術施行後尙將來サレタ胃部及ビ右季肋部ノ病痛及ビ嘔吐、便通、風氣ニ變化ナク腸雜音ガ尋常デ直腸膨大部ノ擴大シテ居ナイ事、患者ニ屢々「モルヒネ」屬藥劑ヲ注射シタ事等カラ曠置腸管癒着ニヨル疼痛又ハ「モルヒネ」中毒症ト診斷サレタ。

手術所見: 臍下正中線デ開腹スルニ小腸、大腸ハ全ク弛緩シテ何等變化ヲ認メナイ。前回手術ニヨリ曠置サレタ小腸ニ膨大セル部分ヲ認ム。腸管ハ暗赤色デ明カニ血行障礙ヲ示シテキル。膨大シテキル小腸ヲ肛門側ニ探ルニ周圍ト纖維素性ニ或ハ輕ク或ハ強ク癒着シテキル。併シ是等ノ癒着ハ容易ニ剝離シ得。全部剝離シテ見ルニ膨大シタ小腸ハ、全ク弛緩シタ迴腸末端ニ移行シテキテ膨大小腸部ハ彈性軟、充實性デ小腸中ニ離斷シタ小腸端ガ重積シテキルヲ認メタ。即チ曠置サレタ小腸部ノ重積症デアル。ソコデ迴腸末端部カラ

口側10糎ノ部ニ於テ重積シタ小腸部分ヲ全切除シ手術ヲ終ル。

術後経過：術前ノ痙攣發作ハ全ク消失シテ術後13日目ニ全治退院。

考察：標本デ明カナ様ニ本例ハ部分的臓置術ヲ施サレタ小腸斷端ガ腹腔内デ自由ニ動キ巾着縫合部斷端自體ノ重量ト共ノ蠕動運動ニヨリ、ソレヨリ肛門側ノ小腸内ニ重積シタモノデアル。而モ巾着縫合ハ2重ニモ行ハレタ結果斷端部ハ大キクナリ重量モ増大シタノデアル。ソレデアアルカラ今後カカル際ハ先ヅ自由ニ動キ得ル小腸斷端ヲ腸間膜又ハ他ノ腸管ニ固定シ場合ニ依ツテハ巾着縫合ノ數ヲ減ジテソノ後ノ腸重積發生機轉ヲ豫防スベキモノダト信ズル。

臨床診断ト手術所見

原發性胃肉腫ノ1例

宇坂直彦（京都外科集談會昭和13年9月例會所演）

患者：59歳ノ女

主訴：心窩部ノ充滿感

現病歴：15年前ヨリ、時々食後心窩部ニ不快感ヲ來シタガ放置シテキタ。本年1月カラ食後心窩部ニ充滿感ヲ覺エル様ニナリ、5月カラハソレガ甚シクナリ、食後2—3時間經續シ、3—4時間デ消失スルガ、食思ハ反ツテ良好デアル。惡心、嘔吐等ハ無シ。便通1日1行。5月カラ1ヶ月間ニ1貫目瘦セタ。

既往歴、遺傳歴ニハ特記スベキコトハ無イ。

現症：(15/Ⅵ入院時所見)體格中等大、栄養中等度、平溫平脈、胸部、四肢ニ變化ヲ認メズ。

局所々見：腹部ハ稍々陥沒シ、腹壁ノ靜脈怒張、發赤、蠕動不安等ヲ認メズ。

觸診上：腹壁ハ一般ニ弛緩シ臍ノ左下方ニ1個ノ無痛性腫瘍ヲ觸レル。大サ鷲卵大ニシテ、境界ハ鮮銳、橢圓形、表面平滑、硬度ハ彈性軟ナルモ波動ヲ證明セズ。腫瘍ハ可動性ニテ殊ニ左右ニ振子狀ニヨク移動スル。

血液像：赤血球數405萬、白血球數5400、血色素量44% (Sahli)、即チ貧血ヲ認メル。ワ氏反應ハ陰性。

術前胃液検査：遊離鹽酸、乳酸無ク、總酸度低下シ潜在性出血ヲ證明ス。

尿検査：異常無シ。

臨床診断：腫瘍ハ餘リニ軟ニシテ顯著ナル移動性ヲ示シタノデ或ハ胃癌以外ノ腫瘍デハナイカト考ヘタ。

上線検査：胃粘膜皺襞像ヲ檢スルニ腫瘍像ヲ認メ、表面平滑デ周圍ト明カニ境サル。此ノ腫瘍像ニ一致シテ彈性軟ナル腫瘍ヲ觸レル。ソノ表面ニ2個ノ示指頭大ノ明瞭ナ陰影斑ガアルガ、是ハ潰瘍ナラント考ヘラル。第1斜位デ造影劑充盈胃ヲ檢スルト、陰影缺損ハ胃前壁大彎近クニ存在スル。依ツテ此ノ腫瘍ハ胃癌デハナク胃前壁カラ發生シタ胃「ポリープ」ノ如キモノデ、比較的廣範圍ノ基底ヲ有スルモノト考ヘラレル。

手術：正中線デ開腹。胃ハ正常ナル位置ニアツテ、小兒手拳大ノ腫瘍ヲ胃前壁ニ認メル。表面平滑、境界鮮銳デ、彈性軟、周圍ニ何等浸潤ヲ認メズ。腫瘍部ノ胃漿液膜ニハ病變ナク癒着モ無シ。肝胃靱帶ニ大豆大ノ淋巴腺腫脹2個ヲ認メルノミデ、ソノ他ノ轉移ヲ發見シ得ズ。Billroth Iノ術式デ胃切除行フ。

術後経過：良好デ第1期治癒。3週間デ全治退院。

切除標本所見：胃前壁内面ニ膨大セル縱7糎、横5糎ノ卵圓形ノ腫瘍ガアリ、健常ナ胃粘膜ヲ被ツテ居ルガ、ソノ中央ニ2個ノ示指頭大ノ潰瘍ヲ認ム。腫瘍以外ノ胃壁ニハ變化ヲ認メズ。腫瘍剖面ハ實質性、分葉狀デ、淡黃白色、而モ粘膜下層ニアリ筋肉層、漿液膜ニハ變化ヲ認メズ。